

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CAROLINA BRANDÃO DE HOLANDA

**ABORDAGEM CIRURGICA E ESTÉTICA DE SEQUELA DE INTRUSÃO
EM INCISIVOS CENTRAIS SUPERIORES DECÍDUOS – RELATO DE
CASO**

CURITIBA
2016

CAROLINA BRANDÃO DE HOLANDA

ABORDAGEM CIRÚRGICA E ESTÉTICA DE SEQUELA DE INTRUSÃO EM
INCISIVOS CENTRAIS SUPERIORES DECÍDUOS – RELATO DE CASO

Monografia apresentada como requisito parcial
para a Conclusão do Curso de Especialização em
Odontopediatria, Departamento de Estomatologia,
Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal
do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. José Vitor Nogara B. Menezes

CURITIBA
2016

AGRADECIMENTOS

A Deus que me fez conhecer o amor ao próximo, por me dar a alegria de ajudar crianças e suas famílias, por me fazer me apaixonar cada dia mais por essa profissão.

Aos meus pais e tios dentistas, que são meus maiores exemplos, tanto de pessoa como de profissionais. Eles que me mostraram o caminho da odontologia, e se hoje sou dentista é por ver a paixão que eles tem pela profissão que me fez querer seguir esse caminho.

Ao meu noivo, que sempre suportou minhas decisões, me ajudou e sempre me deu forças pra continuar.

Ao meu irmão que apesar ter seguido outra área profissional, sempre escutou e apoiou minhas decisões.

A minha vó, que é um exemplo de coragem, garra e determinação. Pessoa que me ensinou e ensina todos os dias, com suas palavras e suas vitórias.

Aos meus professores de faculdade, que nos ensinaram a olhar com carinho para os pacientes, principalmente para as crianças. Professor Eduardo Karam Saltori e professora Andréia Fregonese que são exemplos de pessoas, que nos fazem apaixonar pela Odontopediatria e seus desafios.

Ao meu professor e orientador José Vitor Noraga B. Menezes, que além de um grande mestre, é também uma inspiração com sua calma e seu conhecimento na Odontopediatria.

Aos professores da especialização da UFPR, Luciana Reichert Assunção Zanon, Juliana Feltrin, Fabian Calixto Fraiz e José Vitor Noraga B. Menezes que durante esses 2 anos, nos encheram de novos conhecimentos, desafios, sabedorias, nos inspiraram e incentivaram a sermos melhores sempre, tanto como pessoa quanto como Odontopediatras.

Ao Dr. José Carlos Salvador e Dr. Luís Roberto Regattieri, Odontopediatras que pude acompanhar o trabalho e que me apoiaram e me inspiraram sempre nessa profissão.

RESUMO

O traumatismo à dentição decídua é muito frequente, na maioria das vezes em crianças de até 4 anos, podendo causar alterações na sequência de erupção dos dentes sucessores permanentes, alteração dos germes dentários em formação, dentre elas a hipoplasia de esmalte, opacidade das coroas e dilaceração que é a alteração na relação espacial entre coroa e raiz. Isso ocorre devido a proximidade da raiz do dente decíduo com o germe do dente permanente. Os casos de dilaceração de dentes permanentes necessitam de acompanhamento especializado pois, há grande chance de haver um atraso na erupção do dente afetado, além de problemas estéticos e funcionais. No caso de hipoplasia também, devido o defeito afetar o esmalte do dente permanente, pode causar sensibilidades, problemas estéticos e pré disposição a carie devido a dificuldade de higienização. Neste trabalho será feita uma breve introdução sobre o traumatismo em dentição decídua, suas consequências mais frequentes tanto nos dentes decíduos quanto nos permanentes, algumas opções de tratamento em casos revisados e um relato de caso de um paciente portador de hipoplasia e dilaceração coronária e radicular em razão de trauma na dentição decídua. O paciente foi submetido a cirurgia e tratamento estético, alcançando resultados satisfatórios.

Palavras-Chave: trauma dentário, dentição decídua, dentição permanente, hipoplasia, dilaceração coronária e radicular

ABSTRACT

Trauma to primary dentition is very common, especially in children under 4 years old, and can cause disturbances in the eruption of the permanent tooth, sequestration of the permanent tooth germ and disturbances in its formation, like enamel hypoplasia, opacity of crowns and root dilaceration, the change in the spatial relationship between crown and root. This is a common sequelae because the deciduous tooth root is near the successor permanent tooth germ. The clinical approach of cases of dilaceration require specialized monitoring because there is a big chance that the eruption of the permanent tooth will have a delay. In the case of enamel hypoplasia the defect affect the permanent tooth enamel and can cause sensibility, esthetic problems and predisposition to caries due to the difficulty of cleaning. In this work there will be a short introduction to trauma in primary dentition, their most frequent consequences in primary and successors dentition, some treatment options and a case report about hypoplasia and crown/root dilaceration because of a trauma in the primary dentition. The patient needed surgery and esthetic treatment, with satisfactory results.

Keywords: dental trauma, primary dentition, permanent dentition, hypoplasia,

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Situação clínica na consulta inicial.....	16
Figura 2: Radiografia panorâmica com imagem sugestiva de dilaceração do dente 21	18
Figura 3: Detalhe da imagem radiográfica da região de incisivos centrais superiores.	18
Figura 4: Região anestesiada para realização da ulectomia.	19
Figura 5: Guia para incisão para realização da ulectomia.	20
Figura 6: Incisão para realização da ulectomia.	20
Figura 7: Exposição da região incisal do dente 21.....	21
Figura 8: Aspecto clínico após 15 dias da realização da ulectomia.....	21
Figura 9: Aspecto clínico 30 dias após (imagem superior) e 60 dias após (imagem inferior).	22
Figura 10: Aspecto clínico imediato após procedimento restaurador nos incisivos centrais e laterais.	23
Figura 11: Aspecto clínico após polimento e acabamento das restaurações	24
Figura 12: Sorriso da paciente após polimento e acabamento das restaurações	25

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
2 CASO CLÍNICO.....	16
3 DISCUSSÃO.....	26
4 CONCLUSÃO.....	28
5 REFERÊNCIAS.....	29

1 INTRODUÇÃO

Os traumatismos dentoalveolares em dentes decíduos ocorrem com maior frequência em crianças na faixa etária de até 4 anos e sua prevalência pode variar entre 4% a 30% na primeira infância. (Kramer *et al.*, 2003 e Bastone *et al.*, 2000)

São considerados a causa principal das lesões dentárias em crianças e seus fatores etiológicos mais predominantes são as quedas de carrinhos de bebê, de escadas ou contra objetos duros; tudo isso dentro de casa (Andreasen *et al.*, 2007). Em outros estudos, 71% (Soporowski *et al.*, 1994), 79,8% (Garcia-Godoy *et al.*, 1987), e 82% (Onetto *et al.*, 1994) de casos de luxação intrusiva foram relatados como sendo causados devido a quedas.

Os tipos de traumatismos dentoalveolares em dentes decíduos mais comuns são a luxação extrusiva, avulsão, luxação intrusiva total ou parcial, concussão, subluxação e luxação lateral.

Principalmente pelo fato de a criança, durante o período da primeira infância, ter o osso alveolar com maior elasticidade e pela proximidade das raízes dos dentes anteriores com os germes dentários de seus sucessores, são comuns as sequelas nos dentes permanentes em desenvolvimento quando da ocorrência de traumatismos dentoalveolares em seus decíduos antecessores. A extensão e gravidade destas sequelas estão diretamente relacionados à intensidade do trauma, à idade em que ocorreu e ao grau de reabsorção radicular do dente traumatizado. Existe uma relação de proximidade bastante significativa entre o terço apical dos incisivos superiores decíduos com os seus sucessores permanentes, fazendo com que alterações de cor e forma possam ocorrer (Jácomo 2009).

As principais sequelas na dentição decídua relatadas na literatura são a descoloração do esmalte, obliteração do canal, necrose pulpar, reabsorção radicular, reabsorção inflamatória, anquilose, recessão gengival, deslocamento do dente decíduo na direção do permanente e perda prematura do decíduo (Diab *et al.*, 2000, Borum *et al.*, 1998, Holan, 2004, Jácomo 2009, Holan *et al.*, 1999 e Diab *et al.*, 2000). Já as principais sequelas na dentição permanente estão: alteração de cor de esmalte branca ou amarelo-amarronzada, hipoplasia de esmalte, dilaceração

coronária, dilaceração radicular, má-formação semelhante ao odontoma, interrupção parcial ou completa da formação radicular, sequestro do germe dentário permanente e alterações de erupção. A alteração de cor e a hipoplasia de esmalte são as sequelas mais frequentes. (Andreasen *et al.*, 1971, Ben-Bassat *et al.*, 1985 e Von, 1993.)

A luxação intrusiva do dente decíduo submetido ao traumatismo pode variar com uma frequência de 1,5% a 43%. (Kramer *et al.*, 2003, Bastone *et al.*, 2000, Altun *et al.*, 2009, Alexandre *et al.*, 2000, Diab *et al.*, 2000 e Jácomo *et al.*, 2009)

Intrusão total ou parcial é o tipo de trauma que causa maior tipo de sequela na dentição permanente. (McTigue, 2000 e Holan, 2006). Necrose pulpar e perda prematura foram as sequelas mais frequentes na dentição decídua, em ambos os tipos de intrusão, e descoloração de esmalte / hipoplasia do esmalte foram as sequelas mais frequentes na dentição permanente segundo Altun *et al.*

A literatura (Diab *et al.*, 2000, Turgut *et al.*, 2006, Sennhenn-Kirchner *et al.*, 2006 e Holan *et al.*, 2006) contém uma série de descrições da relação do trauma na dentição decídua com a hipoplasia em dentes permanentes. A descoloração branca é causada pela deposição mineral acelerada devido ao trauma durante a fase de maturação do desenvolvimento do esmalte. Já a descoloração amarelo-acastanhada é causada pela incorporação de produtos de hemoglobina a partir de sangramento na área periapical e hipoplasia de esmalte é causada pela distribuição de ameloblastos no epitélio de esmalte ativo. (Diab *et al.*, 2000)

Shafer *et al* (1985), descreveram a dilaceração como uma angulação acentuada na raiz ou na coroa de um dente formado, deduzindo que essa condição resulte de um traumatismo durante o período de formação do dente. Isso ocorre por uma mudança de posição na parte mineralizada em relação ao restante do elemento dentário ainda em fase de folículo. Essa curvatura pode ocorrer em qualquer ponto ao longo do dente em desenvolvimento, dependendo do seu estágio de formação no momento do trauma.

O trauma poderá afetar a raiz do dente sucessor permanente, quando ocorrer entre os quatro e seis anos de idade, e poderá afetar a coroa do sucessor

permanente, quando ocorrer numa idade mais precoce. (GUEDES-PINTO, 1995; MOSS, 1975). Pindborg (1970) concluiu que as dilacerações podem inviabilizar a erupção dentária.

O tratamento nesses casos de hipoplasia e dilaceração podem ser feitos das seguintes maneiras:

Kuchler *et al* (2010) relatou um caso em que uma criança de 10 anos foi encaminhada ao Ambulatório de Odontopediatria do UFRJ, devido a falta dos incisivos centrais e laterais permanentes superiores direito. Na anamnese sua mãe contou que aos 2 anos, o paciente sofreu uma queda a qual resultou na intrusão completa do incisivo central e lateral decíduo. Devido a reerupção dos dentes após 3 semanas, não procurado tratamento. Foram realizadas radiografias panorâmicas e periapicais da região de ausência dentária e constatou-se a ausência do dente 12 e uma pequena massa radiopaca nessa região, já o dente 11 apresentava grave hipoplasia de esmalte. Foi realizado a remoção do odontoma após 7 dias e na mesma sessão cirúrgica foi realizada a ulectomia do 11. Após 1 mês da cirurgia, o dente 11 não erupcionou. O plano de tratamento para esse caso foi a exposição cirúrgica para colocação de um bráquete ortodôntico. O tracionamento ortodôntico foi realizado durante 8 meses. Com o dente 11 em boca foi possível realizar a restauração para reestabelecer a estética do dente. O retorno do paciente foi realizado de 3 em 3 meses para preservação.

O caso clínico de Torriani *et al* (2005) a criança também tinha 2 anos quando sofreu a queda e intruiu os incisivos centrais decíduos. Na época da queda o tratamento de escolha foi a exodontia desses elementos. A busca pelo tratamento foi devido ao dente permanente, incisivos centrais, foi devido a alteração de cor e forma que esses apresentaram após erupção. O diagnóstico dessas alterações foi hipoplasia de esmalte devido ao trauma sofrido. O plano de tratamento de escolha foi reestabelecer estética e forma com restauração em resina e o acompanhamento do caso.

Mellara *et al* (2012) apresenta 3 casos clínicos de trauma na dentição decídua. O primeiro caso ocorreu com um menino de 11 anos, que aos 2 anos e meio sofreu uma queda de bicicleta, o que acabou causando a intrusão dos incisivos

centrais decíduos. Ao procurar tratamento foi realizada uma serie de radiografias e concluiu-se mesmo a intrusão e o tratamento de escolha foi a exodontia dos decíduos, mas não foi passada a orientação para a mãe sobre a importância do acompanhamento odontológico e sobre possíveis sequelas dos dentes permanentes. Após o exame clínico e radiográfico foi diagnosticado que os incisivos centrais permanentes apresentavam dilaceração coronária e hipoplasia. O tratamento de escolha foi a restauração estética para retomar tanto a estética quanto a forma dos dentes. O segundo caso apresenta uma menina de 9 anos que procurou a clínica odontológica com a queixa de estética no incisivo central superior esquerdo. Na anamnese a mãe contou que aos 2 anos, a criança sofreu uma queda intruindo o central decíduo. Na época foi realizado o acompanhamento clínico e radiográfico do dente 61 até sua completa reerupção. Após 3 meses desse acompanhamento o dente passou a não responder aos testes de vitalidade, e no raio x pode-se perceber uma imagem radiolúcida no ápice da raiz. Com isso foi realizado o tratamento endodôntico no 61. Depois de 7 anos a paciente retornou a clínica queixando-se da estética do dente permanente 21, com os exames realizados foi diagnosticado dilaceração coronária e hipoplasia como sequela do trauma. Devido a perda de estrutura pela hipoplasia no tratamento do dente 21 foi realizado o capeamento pulpar direto para proteger a polpa e depois realizou-se a restauração estética. O terceiro caso é de um menino de 9 anos que queixava-se do comprometimento estético de seu incisivo central superior direito permanente. Na anamnese foi relatado uma queda aos 2 anos, onde ocorreu a intrusão do dente 51, mas não foi procurado tratamento na época devido a reerupção espontânea e esfoliação ocorreu no tempo certo segundo o paciente. No exame clínico e radiográfico foi possível diagnosticar dilaceração coronária e hipoplasia como sequelas do trauma. Para reestabelecer estética e funcionalidade do dente 11 foi realizado capeamento pulpar indireto e restauração estética.

Santos (2007) teve um caso de uma menina de 10 anos que procurou tratamento ortodôntico devido a retenção prolongada do dente 21. Pais relataram que a paciente sofreu trauma quando pequena, mas não souberam informar a idade correta. Após alguns exames realizados pode diagnosticar uma dilaceração radicular e posicionamento do dente 21 era muito alto ainda para a idade avançada da criança. Sendo assim o plano de tratamento para esse caso foi exodontia do 21,

alinhamento da linha média com exodontia dos primeiros pré-molares superiores, posicionamento do 22 no lugar do 21 e o 23 no lugar do 22. Isso tudo usando resina composta, depois das restaurações foram feitos os ajustes oclusais e a remoção de possíveis interferências oclusais nos movimentos extrusivos da mandíbula.

No caso descrito por Silva *et al* (2005) paciente de 7 anos também apresentava dilaceração radicular do elemento 21, com abaulamento na cortical óssea da face vestibular do rebordo alveolar. Sua principal queixa era a ausência desse elemento dilacerado. Ao ser questionado sobre sua história odontológica, descobriu-se que quando pequeno ele sofrera queda, a qual resultou na intrusão do incisivo central decíduo esquerdo, o que provavelmente tenha resultado nessa sequela. O plano de tratamento foi a exodontia do elemento 21 e de sua tabua óssea também. Após sete dias da cirurgia, paciente retornou a clínica para remover as suturas e aguardou-se 1 semana para realizar a moldagem da região para confecção de um aparelho removível recuperador de espaço. Assim que pronto aparelho foi instalado e ajustado para recuperar o espaço do dente 21 e alinhar os dentes 11 e 22 até o paciente ter idade suficiente para realização de um implante.

Verma (2013) relatou um caso em que um menino de 10 anos chegou a clínica odontológica com queixa principal de não erupção do incisivo central superior direito. Sua história de trauma foi aos 2 anos, o qual ocorreu em um jogo de futebol afetando o dente 51. Na época ele não recebeu tratamento de emergência. No exame clínico foi possível constatar a ausência do elemento 11 e o 21 apresentando hipoplasia de esmalte. No exame radiográfico o dente 11 apresentou-se inteiramente formado, mas anquilosado. Sendo assim, o tratamento de escolha foi a exodontia do elemento 11, onde no lugar foi instalado uma prótese removível que será usada até ele apresentar idade suficiente para um tratamento mais definitivo. Já no dente 21 foi feito teste de vitalidade e felizmente a resposta foi positiva, indicando a não necessidade de realizar tratamento endodôntico, somente a restauração com resina foi necessária para devolver forma e funcionalidade. O acompanhamento foi realizado periodicamente de 3 em 3 meses.

Já no caso descrito por Azevedo *et al* (2011) o paciente de 8 anos apresentava dilaceração coronária com hipoplasia no elementos 11/21. Essa sequela foi devido a um trauma aos 18 meses, onde devido a uma queda houve a

intrusão dos incisivos decíduos. O plano de tratamento nesse caso foi somente a restauração em resina para devolver forma, cor e funcionalidade aos dentes.

Para Miranda *et al* (2012) foram 3 casos de trauma na primeira infância, os quais as sequelas foram hipoplasia de esmalte. Mas cada um teve tratamento diferente devido a gravidade da hipoplasia. No primeiro caso uma menina de 12 anos sofreu trauma aos 5 anos, intruindo dentes decíduos esquerdos, na época o tratamento foi realizado no hospital devido a fratura de tabua óssea também, foi feita a redução da fratura e exodontia do 51/61/62. Ao exame clínico foi percebido a ausência dos elementos 22 e 23 devido a exodontia realizada por outro profissional, que justificou esse plano de tratamento devido aos dentes não terem condições de permanecer em boca. Dente 21 no raio x já apresentava comprometimento pulpar devido a hipoplasia, então foi submetido ao tratamento endodôntico e após isso realizou-se as restaurações estéticas retomando forma, cor e função dos elementos 11 e 21. Já no segundo caso foi um menino de 13 anos que procurou tratamento, devido a estética dos seus incisivos. Pode-se observar uma desarmonia total de oclusão, estética e morfologia dentária (12/11/22). Ao exame clínico foi constatado gengivite nessa região, hipoplasia de esmalte e na região apical do 22 uma protuberância esbranquiçada local e dura ao toque, que correspondia a uma “tatuagem” do ápice da raiz. No raio x foi possível ver que o dente 21 que apresentava-se totalmente retido. Essas sequelas foram devido a um coice de cavalo aos 3 anos. O tratamento realizado nesse paciente foi dividido em 3 etapas, a primeira foi terapêutica e orientação de higiene bucal a fim de reduzir a inflamação mas infelizmente o paciente não retornou para dar continuidade ao tratamento. O terceiro caso ocorreu com uma menina de 8 anos que procurou tratamento devido a sensibilidade ao frio e estética do dente 21. Durante anamnese a mãe relatou que aos 4 anos ela sofreu um trauma “dente foi completamente para dentro da gengiva” o tratamento realizado foi exodontia alguns dias depois do trauma. Ao exame clínico o dente 21 apresentou uma coloração amarelo-acastanhado, indicativo de esmalte. Para amenizar essa sensibilidade o tratamento de escolha imediato foi aplicação de flúor e cimento de ionômero de vidro como curativo. Assim que a maior sensibilidade havia diminuído, foi realizada a restauração em resina para devolver forma, cor e função ao elemento 21.

No caso clínico apresentado por Bortoli *et al* (2006) teve um final diferente, isso devido ao correto tratamento do trauma e direcionamento da intrusão para longe do germe do permanente. Esse caso ocorreu com uma criança de 2 anos e 3 meses, que procurou tratamento 1 semana após o trauma. Durante a anamnese pais relataram que o trauma ocorreu devido uma queda de bicicleta. Ao exame clínico verificou-se intrusão severa do elemento 61. O exame radiográfico sugeriu que o deslocamento do dente não acometera o germe do permanente, sendo assim o plano de tratamento escolhido foi conservador, aguardar a reerupção do dente 61. Pais receberam todas as orientações quanto a higiene, dieta e uso de chupeta e mamadeira nessas primeiras duas semanas. Após 15 dias foi realizado o retorno do paciente a clínica, para dar continuidade ao tratamento e acompanhamento. Ao exame clínico, sinais de reerupção e ausência de infecção foram constatados. 30 dias após a primeira consulta, foi realizado outro acompanhamento clínico e a reerupção continuava presente. Com 6 meses do trauma dente estava totalmente reerupcionado na cavidade bucal. Após 1 ano do trauma foi possível comprovar o sucesso clínico e radiográfico da estratégia de tratamento conservador. Paciente continuou o acompanhamento, para assegurar se haveria sequelas na dentição permanente.

Para Altun *et al* (2009) em Ancara, um menino de 7 anos foi encaminhado para tratamento odontológico devido uma queixa estética de seu central superior esquerdo. Ao realizar a anamnese foi relatado um trauma ocorrido quando o menino tinha 14 meses, comprometendo os incisivos decíduos. Na época do trauma, para realizar o tratamento o menino foi levado ao hospital onde foi medicado somente, infelizmente não tiveram orientações de um dentista. Ao exame clínico pode verificar que o dente 11 não se encontrava em boca e o 21 apresentava uma dilaceração coronária, hipoplasia de esmalte e um crescimento exacerbado da gengiva. O raio x revelou que havia cálculo pulpar no dente 21, mas sem nenhum comprometimento apical ou fratura radicular. O tratamento proposto aos pais do menino foi a gengivoplastia do dente 21 mas não foi aceita de primeiro momento. Então o segundo passo do plano de tratamento foi a espera da erupção do dente 11, ele foi feito de 3 e 3 meses e após 15 meses o dente começou a erupcionar. A segunda parte do tratamento foi melhorar a higiene bucal, gengivectomia restauração do dente com hipoplasia. Na segunda semana de acompanhamento a higiene

apresentou uma boa melhora e o edema gengival havia diminuído, mas não o crescimento que havia no dente 21. Depois de explicar novamente que essa gengiva só melhoraria com a cirurgia os pais toparam realizar a gengivectomia. Assim os pais toparam realizar todo o resto do tratamento, nenhum tratamento endodôntico precisou ser feito e continuou com o acompanhamento e realização do teste de vitalidade por 2 anos, sempre com sucesso clínico.

Asokan *et al* (2004), relatou o caso de um garoto de 15 anos que procurou a clínica odontológica queixando-se da coloração e episódios de dor em seu dente da frente. No exame clínico foi observado uma mancha amarronzada indicativo de hipoplasia e dilaceração coronária do dente 11. Havia um crescimento gengival exacerbado na região palatina desse dente, devido a sua dilaceração. Foi feito teste de vitalidade pulpar e percussão no dente 11 e ambos resultaram negativos. Sendo assim, foi realizado um raio x desse dente que acabou revelando uma radiolucidez periapical. A ponta da raiz tinha uma pequena parte do ápice aberto, provavelmente patológico. O plano de tratamento escolhido devido a essa radiolucidez foi a endodontia do 11 seguido de coroa total de porcelana. Após 8 meses paciente retornou a clínica para controle, onde realizou-se um raio x da região do 11 que se apresentava sem inflamação e com o canal bem obturado.

2 CASO CLINICO

Uma criança de oito anos de idade, do gênero feminino, apresentou-se na Clínica de Especialização de Odontopediatria da Universidade Federal do Paraná, acompanhada da mãe. Durante a anamnese houve um relato de prejuízo estético em virtude de manchas amarelo-amarronzadas nos incisivos superiores, com queixa de sensibilidade nesses dentes e, ao exame clínico dentário foi constatada retenção prolongada do incisivo central superior esquerdo. Também foram observadas presença de lesões hipoplásicas desde a cervical até incisal do elemento 11. Nos incisivos laterais estes defeitos se apresentavam desde o terço médio até a incisal das superfícies vestibulares. Observou-se que a criança apresentava dentição mista e higiene bucal deficiente, com placa bacteriana visível na região vestibular dos incisivos superiores. A mãe e a criança relataram que ela sofria bullying na escola em função da aparência dos dentes que já estavam erupcionado e da ausência de um dos incisivos centrais.



Figura 1: Situação clínica na consulta inicial.

Não houve relato de alterações sistêmicas. Durante a anamnese, a mãe relatou que a criança, por volta dos 11 meses de idade, sofreu uma queda do carrinho de bebês durante uma brincadeira com a sua irmã mais velha e houve traumatismo na região de incisivos centrais superiores decíduos. A mãe a levou ao pronto socorro odontológico onde recebeu tratamento imediato. Na época o dentista que a atendeu relatou que alguns dentes sofreram intrusão severa e outros avulsão, mas não especificou quais. O tratamento de escolha foi a exodontia de todos os dentes envolvidos e, de acordo com a mãe, logo foi liberada sem receber orientações de possíveis sequelas na dentição permanente devido à extensão e a gravidade do trauma ocorrido.

Nesta mesma consulta foi realizada uma radiografia panorâmica para descobrir o motivo da demora de erupção do dente 21. Foi observado uma massa indefinida na região do 21 e, para ter uma imagem com melhor definição da região envolvida, foi feita uma tomada radiográfica periapical do local, que mostrou imagem sugestiva de dilaceração radicular. À palpação pode-se sentir a coroa do 21. De posse das informações obtidas na anamnese, exame clínico dentário e nas imagens radiográficas, foi traçado um plano de tratamento, que tinha como objetivos principais a erupção do elemento 21, o resgate estético dos incisivos centrais e laterais e a diminuição da sensibilidade ao frio e calor dos mesmos.



Figura 2: Radiografia panorâmica com imagem sugestiva de dilaceração do dente 21

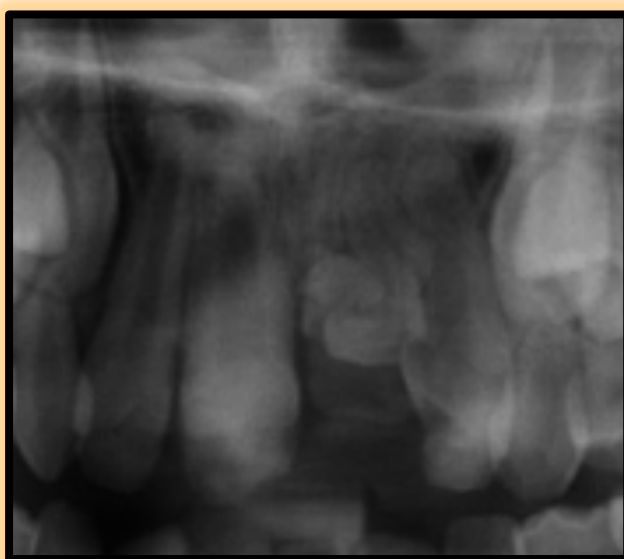


Figura 3: Detalhe da imagem radiográfica da região de incisivos centrais superiores.

Na primeira sessão clínica a criança foi submetida a restauração provisória com cimento ionômero de vidro, com o objetivo de amenizar a sensibilidade e para que ela pudesse seguir as orientações de higiene oral realizadas para diminuir a inflamação e sangramento gengival dos dentes envolvidos.

Na segunda sessão clínica a criança foi submetida à ulectomia do tecido gengival próximo à superfície incisal do dente 21. Assim que o local apresentou-se anestesiado, foi feita a demarcação do tecido gengival a ser removido com a sonda exploradora contornando a borda incisal associada ao dente 21 de mesial a distal. Com o auxílio de um bisturi nº15 os pontos foram ligados realizando uma incisão elíptica ao redor da mucosa gengival a ser removida e, após a remoção do tecido, foi possível ver o bordo incisal no sentido méso-distal do dente. A região foi cuidadosamente irrigada com soro fisiológico seguida de estímulo à hemostasia por tamponamento com gaze estéril. Não houve necessidade de medicação pós-operatória. Depois de 15 dias, durante a consulta de retorno, já era possível visualizar a metade do dente 21 em boca. Após 30 dias o dente estava erupcionado totalmente.



Figura 4: Região anestesiada para realização da ulectomia.



Figura 5: Guia para incisão para realização da ulectomia.



Figura 6: Incisão para realização da ulectomia.



Figura 7: Exposição da região incisal do dente 21.



Figura 8: Aspecto clínico após 15 dias da realização da ulectomia.



Figura 9: Aspecto clínico 30 dias após (imagem superior) e 60 dias após (imagem inferior).

A quarta consulta foi realizada com 60 dias após a ulectomica, que foi o tempo suficiente para que a gengiva ficasse bem cicatrizada e a higiene bucal em boas condições, com adequado controle de placa e diminuição do sangramento gengival. Depois de verificar se havia alguma sensibilidade ainda nessa região, foi feita a remoção parcial do cimento de ionômero de vidro, que só foi deixado nos locais mais profundos e onde houve perda de estrutura dentária pela hipoplasia. Foi realizado o ataque com ácido fosfórico 37% em toda superfície vestibular dos dentes, depois de 15s foram lavados abundantemente com água, secos com jato de ar indiretamente, depois com bolinhas de algodão estéril. Assim que os dentes se apresentavam seco foi utilizado o adesivo e a luz fotopolimerizadora por 20s. Foram

utilizados incrementos de resina composta para retomada forma, função e regaste estético dos dentes 11 e 21.

Na quinta sessão, depois de 15 dias, foi realizada a restauração para retomar forma, função e diminuir a sensibilidade dos dentes 12 e 22, seguindo os mesmos protocolos.



Figura 10:Aspecto clínico imediato após procedimento restaurador nos incisivos centrais e laterais.

Depois de todos os dentes restaurados, foi feito o acabamento, polimento e alisamento das superfícies. Ao final do tratamento, a criança mostrou-se satisfeita com seu sorriso, sem queixas de dor e sensibilidade ao frio e calor. Ao final dessa consulta, segundo a avaliação profissional, foi observada uma diferença de coloração entre as restaurações do 11 e 21. Isto ocorreu posto que o dente 21 apresentava uma coloração mais amarronzada devido a hipoplasia e sua dilaceração coronária também prejudicou um pouco anatomicamente.



Figura 11: Aspecto clínico após polimento e acabamento das restaurações

Decorrido seis meses após a execução do tratamento, a criança retornou para consulta de controle. Observou-se que a restauração nos incisivos laterais haviam pequenas fraturas devido a um contato prematuro em função dos movimentos mandibulares. Foi realizada a remoção desse contato e um novo polimento e acabamento para as bordas das restaurações continuarem arredondadas. Observou-se também uma piora na higiene bucal na região dos incisivos superiores, com presença de placa bacteriana visível. Foi feita uma profilaxia e novas orientações de higiene oral e foi solicitado que retornasse em 15 dias para realizar os últimos ajustes e um novo polimento.

Na consulta de retorno, foi constatado que a escovação dentária havia melhorado muito e a gengiva estava mais sadia e sem sangramento. Foi feito outro polimento e adaptação das restaurações. A diferença na coloração entre os incisivos centrais permaneceu, entretanto não representou um problema para a criança. A responsável relatou que a filha voltou a sorrir e seus colegas não a incomodavam mais em relação aos seus dentes.



Figura 12: Sorriso da paciente após polimento e acabamento das restaurações

3 DISCUSSÃO

A luxação intrusiva em função de traumatismo dentoalveolar na dentição decídua ocorre com frequência e pode causar sérios danos ao dente permanente sucessor em desenvolvimento (Andreasen *et al.*, 1971, Ben-Bassat *et al.*, 1985, Von, 1993, Kramer *et al.*, 2003, Bastone *et al.*, 2000, Altun *et al.*, 2009, Diab *et al.*, 2000 e Jácomo *et al.*, 2009). O caso relatado mostra como sequela mais grave ocorrida a dilaceração radicular e a consequente retenção do dente incisivo central superior do lado esquerdo, que estava associado ao dente decíduo que sofreu o maior impacto.

Em função de um diagnóstico clínico e radiográfico tardio da dilaceração radicular do dente permanente sucessor, que somente foi realizado quando da primeira consulta da paciente, o prognóstico dos protocolos para as tentativas de estimular a erupção tardia do dente 21 se mostravam desfavoráveis.

Diante das opções de indicar a remoção cirúrgica do dente retido ou tentar a realização da ulectomia para expor a coroa do dente 21 e aguardar, optou-se pela segunda alternativa, que após duas semanas, se mostrou a mais correta, com a porção coronária do dente retido mostrando sinais clínicos evidentes de que o processo de erupção ocorreria.

A partir do momento em que se percebeu que a opção clínica da ulectomia na região do 21 seria exitosa, o planejamento do tratamento da paciente pode ser melhor definido. Os objetivos principais seriam o resgate estético da região de incisivos superiores e, em seguida o encaminhamento para o resgate funcional com encaminhamento para tratamento ortodôntico.

Os procedimentos restauradores em resina composta se mostraram necessários em função da presença de defeitos de desenvolvimento de esmalte em todos os incisivos superiores, também consequência esperada em casos de traumatismos dentoalveolares na dentição decídua em idades muito precoces como foi o ocorrido no presente caso (Kramer *et al.*, 2003 e Bastone *et al.*, 2000).

Outra situação que normalmente ocorre em casos de retenção prolongada de dentes permanentes, principalmente os anteriores, é a tendência à criança ter problemas de autoestima em função de alterações estéticas dentárias, como relatado pela mãe e pela criança durante a anamnese na primeira consulta. Nesses casos, o resgate estético deve ser priorizado para que sejam minimizadas as possibilidades de problemas psicológicos e de relacionamento.

Em casos clínicos semelhantes a esse a literatura mostra que existem diferentes tipos de abordagem e estratégias (Kuchler *et al.*, 2010, Tottiani *et al.*, 2005, Mellara *et al.*, 2012, Santos, 2007, Silva *et al.*, 2005, Verma, 2013, Azevedo *et al.*, 2011, Miranda *et al.*, 2012, Bortoli *et al.*, 2006, Altun *et al.*, 2009 e Asokan *et al.*, 2004), que devem ser definidas com base no relato da história do traumatismo dentoalveolar, nos dados coletados durante a anamnese, nos exames radiográficos e na filosofia de tratamento do profissional.

A evolução clínica do caso relatado mostrou que as opções terapêuticas adotadas foram eficazes até o presente momento, com a paciente tendo um ganho em sua autoestima, melhorando o controle de placa dentária com escovação mais eficiente, tendo um resgate estético e funcional na região de incisivos superiores permanentes e colaborando com a sequência do tratamento, que será baseado principalmente em planejamento ortodôntico.

4 CONCLUSÃO

Tendo como base o relatado, as opções terapêuticas tomadas na abordagem do caso se mostraram eficientes e o acompanhamento clínico e radiográfico, além do planejamento ortodôntico adequados, se mostram necessários.

REFERÊNCIAS

- ALTUN C, CEHRELI ZC, GÜVEN G, ACIKEL C. Traumatic intrusion of primary teeth and its effects on the permanent successors: a clinical follow-up study. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod** 2009;107:493–8.
- ALTUN C., ESENLİK E., TÖZÜM T.F. Hypoplasia of a Permanent Incisor Produced by Primary Incisor Intrusion: A Case Report. **JCDA**. www.cda-adc.ca/jcda. April 2009, Vol 75, n° 3.
- ALEXANDRE GC, CAMPOS V, OLIVEIRA BH. Luxação intrusiva de dentes decíduos. **Rev Assoc Paul Cir Dent** 2000;54:215–9.
- ANDREASEN JO, ANDREASEN FM. **Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth**, 3rd edn. Copenhagen: Mosby; 1994.
- ANDREASEN JO, RAVN JJ. The effect of traumatic injuries to primary teeth on their permanent successors II. A clinical and radiographic follow-up study of 213 teeth. **Scand J Dent Res** 1971;79:284–94.
- ANDREASEN, J.O., ANDREASEN, F.M., ANDREASEN, L., 2007. **Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth**. 4th ed. Blackwell Munksgaard, Oxford, pp. 516–541, 255–279.
- ASOKAN S., RAYEN R., MUTHU M.S., SIVAKUMARN. Crown dilaceration of maxillary right permanent central incisor – A case report. **J Indian Soc Pedo Prev Dent**. December (2004) 22 (4) (197-200).
- AZEVEDO D.T., ALMEIDA C.G., FARAONI-ROMANO J.J., PALMA-DIBB R.G. Retroative treatment on permanent teeth with enamel hypoplasia and crown dilacerations caused by trauma to their primary predecessors. **Int J Dent**, Recife, 10(1): 38-41, 2011.
- BARTOLI B., BRUSCO L.C., KRAMER P.F., FELDENS E.G., FERREIRA S.H. Luxação intrusiva na dentição decidua- dois anos de acompanhamento. **RFO**, v. 13, n. 1, p. 65-69, janeiro/abril 2008.
- BASTONE EB, FREER TJ, MCNAMARA JR. Epidemiology of dental trauma: a review of the literature. **Aust Dent J** 2000;45:2–9.
- BEN-BASSAT Y, BRIN I, FUKS A, ZILBEEMAN Y. Effect of trauma to the primary incisor on their permanent successors in different developmental stages. **Pediatr Dent** 1985;7:37–40.
- BORTOLI D, BRUSCO L.C, KRAMER P.F, FELDENS E.G, FERREIRA S.H. Luxação intrusiva na dentição decidua – dois anos de acompanhamento. **RFO**, v. 13, n. 1, p. 65-69, janeiro/abril 2008.
- BORUM MK, ANDREASEN JO. Sequelae of trauma to primary maxillary incisors. I. Complications in the primary dentition. **Endod Dent Traumatol** 1998;14:31–44
- DIAB M, ELBADRAWY HE. Intrusion injuries of primary incisors. Part I: review and management. **Quintessence Int** 2000;31: 327–34.

DIAB M, ELBADRAWY HE. Intrusion injuries of primary incisors. Part II: sequelae affecting the intruded primary incisors. **Quintessence Int** 2000;31:335–41.

DIAB M, ELBADRAWY HE. Intrusion injuries of primary incisors. Part III: Effects on the permanent successors. **Quintessence Int** 2000; 31(6):377–84.

GARCIA-GODOY, F., GARCIA-GODOY, F., GARCIA-GODOY, F.M., 1987. Primary teeth traumatic injuries at a private pediatric dental center. **Endod. Dent. Traumatol.** 3, 126–129.

GUEDES-PINTO, A. C. **Odontopediatria**. 5 ed. São Paulo: Santos, 1971. P. 777-808

HOLAN G. Development of clinical and radiographic signs associated with dark discolored primary incisors following traumatic injuries: a prospective controlled study. **Dent Traumatol** 2004;20:276–87.

HOLAN G. Long term effect of different treatment modalities for traumatized primary incisors presenting dark coronal discoloration with no others signs of injury. **Dent Traumatol** 2006;22:14–7.

HOLAN G, RAM D. Sequelae and prognosis of intruded primary incisors: a retrospective study. **Pediatr Dent** 1999;21:242–7. 22.

JÁCOMO DRES, CAMPOS V. Prevalence of sequelae in the permanent anterior teeth after trauma in their predecessors: a longitudinal study of 8 years. **Dent Traumatol** 2009; doi: 10.1111/j.1600-9657.2009.00764.x

KRAMER PF, ZEMBRUSKI C, FERREIRA SH, FELDENS CA. Traumatic dental injuries in Brazilian preschool children. **Dent Traumatol** 2003;19:299–303

KÜCHLER E.C., FIDALGO T.K.S, FARINHAS J.A., COSTA M.C. Developmental dental alterations in permanent teeth after intrusion of the predecessors: clinical and microscopic evaluation. **Dental traumatology** 2010; 26: 505-508.

MCTIGUE DJ. Diagnosis and management of dental injuries in children. **Pediatric Clin North Am** 2000;47:1067–84.

MELLARA T.S., NELSON-FILHO P., QUEIROZ A.M., SANTAMARIA JÚNIOR M., SILVA R.A.B., SILVA L.A.B. Crown Dilaceration in Permanent Teeth after Trauma to the Primary Predecessors: Report of Three Cases. **Braz Dent J** 2012; 23(5): 591-596

MIRANDA C., LUIZ B.K.M., CORDEIRO M.M.R. Consequences of dental trauma to the primary teeth on the permanent dentition. **RSBO**. 2012 Oct-Dec;9(4):457-62.

MOSS, J. P. An orthodontic approach to surgical problems. **Am J. Orthod Dentofacial Orthop**. V. 68, p. 363-390, etc., 1975

ONETTO, J.E., FLORES, M.T., GARBARINO, M.L., 1994. Dental trauma in children and adolescents in Valparaiso, Chile. **Endod. Dent. Traumatol.** 10, 223–227.

PINDBORG, J. J. Patology of the dental hard tissues. Philadelphia: **W.B. Saunders Company**, p. 126-134, 1970.

SANTOS S.H. Dilaceração Radicular, Tratamento Ortodôntico e Estético- Relato de um caso clínico. **Sotau R virtual Odontol** Vol 1 ano 2007.

SENNHENN-KIRCHNER S, JACOBS HG. Traumatic injuries to the primary dentition and effects on the permanent successors — a clinical follow-up study. **Dent Traumatol** 2006; 22(5):237–41.

SHAHER, W.G.; M.; LEVY,B. Tratado de patologia bucal. 4 ed. Rio de Janeiro: **Interamericana**, p. 36-40, 507-510, 1985

SILVA R.C., DUQUE C., ZUANON A.C.C., PANSANI C.A. Má formação na dentoção permanente. **RGO**, P. Alegre, v. 53, n. 3, p. 198-200, jul/ago/set 2005.

SOPOROWSKI, N.J., ALLRED, E.N., NEEDLEMAN, H.L., 1994. Luxation injuries of primary teeth- prognosis and related correlates. **Pediatr. Dent.** 16, 96–101.

TORRIANI D.D, BONOW M.L., MÜLLER L.T. Traumatic intrusion of primary tooth: follow up until eruption of permanent successor tooth. **Dental Traumatology** 2008; 24: 235-238.

TURGUT MD, TEKÇİCÇEK M, CANOGLU H. An unusual developmental disturbance of an unerupted permanent incisor due to trauma to its predecessor — a case report. **Dent Traumatol** 2006; 22(5):283–6.

VERMA L. Hypoplasia of a Permanent Incisor Produced by Primary Incisor Intrusion: A Case Report. **Journal of Exercise Science and Physiotherapy**, Vol 9, N°.2: 146-149, 2013.

VON ARX T. Developmental disturbances of permanent teeth following trauma to the primary dentition. **Aust Dent J** 1993;38:1–10.